Año 1909 N.º 1974

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LA COLITIS

(SU TRATAMIENTO)

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ARTURO REINECKE

Ex-practicante del Hospital Rawson

BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA», IMPRENTA DE OBRAS DE E. SPINELLI

737 — Callao — 737

1909

LA COLITIS

(SU TRATAMIENTO)

Año 1909 N.° 1974

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA COLITIS

(SU TRATAMIENTO)

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ARTURO REINECKE

Ex-practicante del Hospital Rawson

BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

737 — Callao — 737

1909

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vice-Presidente

DR. D. PEDRO N. ARATA

Académicos

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
4. » » EUFEMIO UBALLES
5. » » PEDRO N. ARATA
6. » » ROBERTO WERNICKE
7. » » PEDRO LAGLEYZE
8. » » JOSÉ PENNA
9. » » LUIS GÜEMES
10. » » ELISEO CANTÓN
11. » » ENRIQUE BAZTERRICA
12. » » ANTONIO C. GANDOLFO
13. » » JOSÈ M. RAMOS MEJÍA

Secretario Académico

DR. D. JACOB DE TEZANOS PINTO

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. ANTONIO C. GANDOLFO

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » JUVENCIO Z. ARCE
» » EUFEMIO UBALLES
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo)
» » RICARDO S. GOMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» JAIME R. COSTA
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Clínica Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUAN R. FERNANDEZ

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL
	» AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatog. Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriología	» JUAN CÁRLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Hıgiene Médica	» FELIPE JUSTO
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON
	» RICARDO S. GÓMEZ
Patología interna	» RICARDO COLÓN
	» PEDRO LABAQUI
Clínica Oftalmologica	» ENRIQUE DEMARÍA
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELO VIÑAS
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÈ ARCE
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» LUIS AGOTE
	» DAVID SPERONI
	» JUAN JOSÉ VITÓN
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO
	» ENRIQUE ZÁRATE
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica.....	JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Farmacognosia y posología razonadas.....	DR. JUAN A. DOMINGUEZ

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstetrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL » UBALDO FERNANDEZ » J. C. LLAMES MASINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología. Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	DR. LEON PEREYRA » N. ETCHEPAREBORDA

PADRINO DE TESIS

DOCTOR LUIS R. CASSINELLI

Queridos padres: al presentar este último trabajo de mis estudios, deseo poner de manifiesto que todo mi bien lo debo en absoluto á Vds.

A LA SEÑORITA AURELIA DAVICO

CARIÑO

A MI

HERMANA AMALIA Y A MIS HERMANOS

CARIÑO

A MI TÍA

CARMEN DAVICO DE PRACK

Y A MI TÍO

SAMUEL A. WEIGEL

GRATITUD

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Tengo el honor de someter á la consideración de la honorable comisión revisora, mi último trabajo que el Reglamento de la Facultad de Ciencias Médicas me exige para optar al título de Doctor en Medicina.

El tema de este trabajo, á pesar de ser ya muy conocido, no deja de tener interés, por la gran cantidad de enfermos que á diario se presentan de esta dolencia (colitis), tanto en los hospitales, como en las clínicas particulares de los médicos y cuyo tratamiento, dejará siempre puntos á resolver.

Jamás dejaré de reconocer á los señores profesores el empeño que tienen, en poner á los discípulos á la altura para poderse desempeñar en el arduo ejercicio de la profesión.

Al doctor Manuel Beguerestain, jefe de las salas 11 y 13 de Cirugía del Hospital Rawson, en

cuyo servicio de practicante obtuve provechosas lecciones y sanos consejos, gratitud.

Al doctor Enrique L. Galiano, de quien he sido practicante, mi más sincero agradecimiento.

Al doctor Luís R. Cassinelli, de quien he recibido enseñanzas y gentilezas y que me dispensa el honor de acompañarme como padrino de tesis, manifiesto mi más profundo reconocimiento.

CAPITULO I

ETIOLOGIA

La colitis muco-membranosa, ó también llamada enteritis membranosa (Da Costa), diarrea tubular, (Good), enteritis intersticial (Wannebromg), crup intestinal, (Clemens), afección mucosa del intestino (Witehead), diarrea glutinosa (van Swieten), diarrea fibrinosa (Granthaus), es una afección desde hace muchos años conocida, pero es á Nothnagel á quien corresponde el honor de haber hecho de esta afección una entidad mórbida.

Fernel en su patologia (1638) nos da á conocer la historia de un enfermo, que sufrió durante seis años de cólicos atroces, los cuales no cedieron sino después de haber expulsado el sujeto por medio de un lavaje irritante, por el ano un cuerpo duro y hueco más ó menos de unos 30 centímetros de longitud,

creyendo el enfermo que había expulsado una parte de su intestino. El aspecto de las membranas, su resistencia y su espesor, habían hecho establecer para algunos médicos una comparación entre la colitis muco-membranosa y la difteria, pues llegóse hasta considerar estas enfermedades como idénticas en su naturaleza.

Esta confusión cometida por Roche, lo condujo á denominar la colitis muco-membranosa de los niños por el nombre de crup-intestinal.

Gendrin reconoció la verdadera naturaleza de esas producciones. El decía, el mucus depositado y como aglutinado en la superficie de la mucosa intestinal, adquiere la suficiente densidad para formar concreciones de apariencia de seudo-membranas, que son expulsadas con las deposiciones y que además se encuentran en los intestinos después de la muerte.

La verdadera naturaleza de las concreciones muco-membranosa, fué definitivamente establecida por Laboulbéne en 1861, en sus estudios clínicos y anatómicos sobre las afecciones pseudo-membranosas.

Después de esta época un gran número de estudios sobre las colitis muco-membranosas se han publicado, unos puramente clínicos y otros basados sobre estudios microscópicos y análisis químicos.

German Sée en 1883 hizo una descripción de la colitis muco-membranosa en su tratado sobre las dispepsias gastro-intestinales.

En el año 1887, Potain publicó bajo el título de «Colitis Crónica», un estudio clínico en el cual se describía por primera vez el espasmo producido por el colon en dicha afección.

Los estudios químicos é histológicos de O. Kitagawa y de Iven A. Kerlund, han contribuido en estos últimos años á definir por completo la naturaleza mucosa de las producciones pseudo-membranosas y establecer su modo de formación.

La colitis muco-membranosa es mucho más frecuente en la mujer que en el hombre; eso se explica fácilmente, por la frecuencia de la constipación. habitual en ella, por su nervosismo y también por la existencia de lesiones útero-anexiales, que actúan, sea provocando simplemente la constipación sea determinando una inflamación del recto por propagación linfática.

Es más ó menos á la edad de 24 años que se observa con más frecuencia; no es raro encontrarla en los niños, en los cuales se han podido observar pousées de colitis agúda de carácter banal. En los niños la colitis se presenta más ó menos en los dos sexos en igual número, eso se explica, pues en el sexo teminino á esa edad todavía no han intervenido los factores etiológicos señalados en la mujer.

Es difícil ver aparecer la colitis muco-membranosa en los niños antes de los 4 ó 5 años, es decir, es rara en la primera infancia.

PATOGENIA

ESTRUCTURA HISTOLÓGICA Y COMPOSICIÓN QÜÍMICA DE LAS MEMBRANAS DE LA COLITIS MUCO-MEMBRANOSA

La estructura histológica y la composición química de las membranas que caracterizan la colitis muco-membranosa, han dado lugar á estudios bastantes numerosos y á controversias todavía pendientes.

Corresponde á Laboubène, el honor de haber demostrado por primera vez, por medio del examen histológico, que esas membranas no tenían la misma estructura, que las falsas membranas crupales y que su sustancia fundamental, está constituida por extratificaciones de mucus concretado.

Los estudios efectuados en estos últimos años por Nothnagel, Edwards, Kitagawa, Swen, A. Kerlund y Schmidt, han llegado á la conclusión común, que las membranas están constituidas por

estratificaciones de mucus concretado, de una substancia muy análoga á la mucina, encerrando en sus intersticios células diversas, células epitelia-les de la mucosa, más ó menos deformadas y modificadas, células redondas análogas á los glóbulos blancos, algunas veces glóbulos rojos en pequeña cantidad.

Esas membranas contienen una cierta proporción de substancias albuminoides, susceptibles de ser peptonizadas por la acción combinada del ácido clorhídrico y de la pepsina, pero no contienen fibrina y si una pequeña cantidad de grasa. Cuando se las examina bajo el microscopio, después de haberlas disociado simplemente, se ve que están formadas por una serie de trabéculas blanquecinas, opalinas y superpuestas, anastomozándose unas con otras. Sus capas superpuestas y anastomasadas, forman esas mallas más ó menos alargadas. En esas mallas se ven pelotones de células, en tanto mayor número, cuanto más largas son.

A veces esas células están deformadas de tal manera, que se hace muy difícil de reconocer su origen y naturaleza; unas son irregulares, otras redondeadas, etc.

Krisinski que ha hecho de ellas un estudio muy detallado, distingue varias entre ellas:

Células cilíndricas del intestino con dimensiones á veces superiores á las células epiteliales normales.

Células de núcleo irregularmente granulosas, que parecen ser células de la capa profunda del revestimiento epitelial de la mucosa.

Células redondas á granulaciones más ó menos abundantes, con núcleo visible algunas, parecen netamente ser leucocitos. Algunas veces se encuentran también glóbulos rojos.

Al mismo tiempo que esos elementos celulares, se encuentra en las muco-membranas una masa considerable de microbios.

Krysinsky ha distinguido entre ellos cuatro especies de bastoncillos, cocos largos y ovalares, baterius propiamente dicho, dos especies de hongos en filamentos.

E. Thiercelin ha encontrado en las pousées agudas de colitis muco-membranosa, un diplococo, que es muy común en el intestino normal, sería susceptible de hacerse patógeno y de producir la enterocolitis de los niños, lo ha podido observar también en el pús de la apendicitis.

En las muco-membranosas existe una abundante pululación de colibacilos y se había atribuido al acrecentamiento momentáneo de su virulencia, algunos de esos accidentes y pousées agudas de las colitis muco-membranosas.

Estado de la mucosa intestinal.—Simpson, en el año 1855 hizo la necropsia de un enfermo que había expulsado poco tiempo antes de su muerte, una

gran cantidad de membranas, y pudo constatar que la membrana mucosa del colon y la parte inferior del intestino delgado, estaban por todo sembradas de una erupción papulosa profunda.

El mismo autor relata, que en la autopsia de un tuberculoso que había evacuado una gran cantidad de membranas durante su vida, Abercromber encontró sobre la mucosa del colon un número inmenso de pequeñas vesículas, que á la punción dejaron derramar un gotita de un líquido claro.

Simpson dice, que en la colitis muco-membranosa hay una especie de erupción del intestino.

Teorías patogénicas —Nothnagel y Euvard opinan que hay dos variedades de colitis muco-membranosas.

Una que resulta de una hipersecreción de mucus de origen neuropático y sin lesión de la mucosa del colon; la otra, que es la consecuencia de una inflamación ligera catarral de esta misma mucosa.

La demostración de la exactitud de la teoría dualista de Nothnagel, parece hasta hoy día no bien confirmada.

CAPITULO II

SINTOMATOLOGIA

La colitis muco-membranosa, es una inflamación crónica del intestino grueso. El exudado de esta inflamación, es mucoso pero por su condensación y persistencia, toma un aspecto fibroide, como membranas desprendidas del intestino. La evacuación de este producto muco-membranoso, es un signo característico de esta enfermedad. Sus principales sintomas y los cuales son difíciles de encontrar reunidos sobre un mismo enfermo son: La constipación.—Las muco membranas.—El dolor.—El adelgazamiento.—Forma de las materias fecales.—Los reflejos sobre el corazón y el estómago.—La neurastenia.

Constipación.—Desde largo tiempo atrás, estos enfermos vienen notando la pereza intestinal, son

secos de vientre, se pasan tres ó cuatro días, sin ir de cuerpo, y cuando lo hacen, sus deposiciones tienen caracteres especiales, que revelan la inflamación y la coprostacia. Un signo muy importante es el que se obtiene por medio de la palpación del abdomen.

Es decir en un vientre sano, es imposible seguir con los dedos el trayecto del colon ascendente, transverso y descendente; en los colíticos basta hacer una palpación moderada sobre aquel trayecto, para sentir el colon y su trayecto; se siente, sobre todo, en su primera y últimaporción. La sensación que se obtiene, es como si rodara bajo los dedos, un cordón grueso.

Muchas veces no se puede desplazar, y al quererlo hacer, escapa, de la mano. Este fenómeno se conoce bajo el nombre de *cuerda cólica.* De manera pues, que los síntomas: constipación, expulsión de mucosidades y cuerda cólica, ya bastan para el diagnóstico nosográfico, de las colitis muco-membranosa.

Las muco-membranas.—Las materias fecales de los colíticos salen muchas veces con un aspecto de brillantez característico, el cual es debido á pellejos y telitas que las recubren. Algunas veces, son expulsadas membranas largas, en forma de cilindros, de cintas, pero lo más frecuentemente, estas membranas se rompen en pequeños trozos y

simulan vermes. La aparición de las membranas obedecen á las contracciones espasmódicas del intestino, que producen estos enfermos; es de notarse que la mayor parte de estos son nerviosos y muchas mujeres histéricas.

El dolor.—El dolor como elemento constitutivo del sindroma, tiene mucha importancia; es sumamente variado de intensidad y de localización y esto en parte, porque se trata de un signo subjetivo. Unos enfermos lo traducen por un dolor vago, de simple incomodidad ó de molestia; sienten una sensación de tensión y de pesantez. Otros enfermos tienen retortijones fuertes. Hay otros enfermos que tienen fuertes cólicos, á tal punto, que se ponen pálidos, tienen escalofríos, zumbidos de oído y hasta desvanecimientos. En algunos enfermos se observa, que localizan sus dolores en el estómago, en las fosas ilíacas y hasta en la espalda.

En algunos, estos dolores son continuos y en otros duran muy poco tiempo, pero se repiten con intervalos cortos. Los dolores aparecen en unos inmediatamente, después de las comidas, en otros después de dos ó tres horas de haber comido.

El aire frío parece que influyera en favorecer la producción del dolor.

El adelgazamiento.—Casi la mayor parte de los colíticos se ponen delgados. Fácilmente pierden en su peso, como tan pronto lo recuperan. Estas va-

riaciones en peso se producen por cualquier desarreglo en la alimentación. En cambio en otros enfermos, no sucede esto, sino que ellos van disminuyendo continuamente de su peso y se ponen sumamente débiles; se cansan de caminar, muy pronto no tienen deseos de pasear por ese motivo.

Forma de las materias fecales.—Las materias fecales generalmente son duras y secas.

Unas veces son expulsadas en pequeños trozos duros, muy secos y teñidos de sangre.

Otras veces, estos enfermos después de grandes esfuerzos, expulsan cilindros fecales muy grandes, á los cuales suceden, todo lo contrario; muy pequeños, delgados y dolorosos.

Todos estos síntomas, no se encuentran siempre reunidos en un mismo enfermo, sinó que constituyen formas clínicas, y que podemos reducirlas á tres: La forma leve, la forma de mediana intensidad y la forma grave.

La forma leve.—En esta forma de colitis, los enfermos defecan día por medio, ó cada dos días, con esfuerzo, necesitando frecuentemente ayudas.

Una vez producida la evacuación, se alivian, y no dan importancia alguna á esos fenómenos, asi se pasan años y años, con su colitis incipiente, estacionaria; sin darse cuenta que tienen una enfermedad, que paso á paso. arriba á la cronicidad. Estos colíticos no consultan á los médicos.

La forma mediana.—Los portadores de esta forma de colitis, ya se preocupan de su mal, porque bastante los molesta, consultan al medico y desconocen el origen de su enfermedad.

Los pacientes se quejan de un malestar general, dicen que han enflaquecido mucho, que sus fuerzas han disminuido y que no tienen voluntad para el trabajo. Sufren de mareos, digestiones dificiles, inapetencia, etc. Andan muy preocupados y tienen miedo que el mal les mate.

La neurastenia.—El médico práctico, sabe que detrás de la neurastenia, se esconde algo orgánico y es este algo, el que buscará para la precisión de su diagnóstico.

El examen debe ser muy prolijo, porque muchas pueden ser las lesiones orgánicas que dan origen á ella. Ahora bien, si en el curso de la observación aparece la colitis muco-membranosa, es entonces aquí, donde probablemente hay que detenerse. Esto lo ha comprobado la práctica, pues el tratar la colitis ha hecho desaparecer la neurastenia

Son estos enfermos precisamente, los que perseguidos por múltiples reflejos tienen comprometidas sus funciones orgánicas y enflaquecen y se debilitan tanto. El examen de las orinas nos indica una fosfaturia y cloruria.

Es en este período de la enfermedad, que se producen la ptosis viscerales; fenómeno digno de ano-

tarse, porque ha servido para inspirar una teoría patogénica.

En los colíticos en los cuales la denutrición es evidente, el espasmo cólico, es reemplazado por la relajación, la atonía y el intestino todo está flácido y caído y parece que los ligamentos que normalmente los sostienen, han perdido su tonicidad, dejándose distender. A estas enteroptosis, suelen acompañarse gastroptosis y algunas veces también se ha observado una ligera dislocación del hígado. La ptosis que con más frecuencia se vé, es la del riñón derecho (Glenard).

La forma grave.—La forma grave se caracteriza por la exageración ó exaltación de los fenómenos de la forma mediana; es decir su sintomatología, es semejante, solo la intensidad de éstos varía.

El Doctor Ricardo Colon distingue dos tipos:

Uno francamente inflamatorio, el otro, esencialmente neurótico. Al primer tipo pertenecen los enfermos que sufren del vientre y bruscamente son invadidos por un ataque, que simula perfectamente un ataque de apendicitis.

Estos enfermos tienen una sensibilidad exagerada en todo el abdomen, sienten un dolor muy intenso en la fosa ilíaca derecha, tienen meteorismo, constipación, nauseas, pulso frecuente y temperatura febril.

En estos enfermos, lo que llama la atención es

que sus materias fecales son expulsadas en gran cantidad y de consistencia y aspecto muy diferentes; siempre infectas como si fuera un depósito largamente retenido. El profesor Colon cree que la gravedad del case tiene como causa próxima, el atascamiento y descomposición de las materias fecales, que irrita el intestino, exalta la virulencia de los microbios habituales y fabrica toxinas; todo lo cual se resuelve en un proceso local y general, cuyos factores son la infección y la intoxicación. El tipo neurótico en los colíticos graves, es totalmente distinto del anterior.

La gravedad está en la exaltación y persistencia de algunos de los reflejos mórbidos que se observan en la forma mediana.

El doctor Colon describe tres casos en la Argentina Médica de 1905 de esta forma de colitis. Una reviste el sindroma de la pseudo angina de pecho, que cesa una vez que el espasmo intestinal se pasa y se logra producir algunas evacuaciones.

El otro enfermo cuya historia describe, es un ingeniero italiano, antiguo colítico, de forma mediana y en el cual el cambio de clima y de alimentación le ha agravado su dolencia, con fuertes manifestaciones reflejas sobre el sistema nervioso y nutrición general.

El último caso trata de un caballero, que presenta alucinaciones terroríficas, creyéndose intoxi-

cado lentamente, por personas de su familia que desean su muerte.

Gran número de colíticos, después de cierto tiempo, se hacen enfermos gástricos y digo así, porque se ha podido notar, que los enfermos con perturbaciones gástricas á quienes se les levantaba su historia, acusaban antes de estos trastornos, molestias más ó menos notables del lado de su vientre; es decir deposiciones con mucus suelto ó ligado, en forma de membranas, que han tenido debacles de diarrea; que por lo general sus materias fecales son duras y que ha podido constatarse á la palpación del vientre, lo que se denomina cuerda cólica y por último que el colon es doloroso á la palpación.

El doctor Julio Mendez dice, que si analiza con esmero, los antecedentes del enfermo, podrá notarse muchísimas veces, que el primer ataque remonta á los primeros años de la vida y que muchas veces, también tiene por punto de partida la gastro-entero colítis de la intancia y que con el andar del tiempo las pequeñas alteraciones dejadas, han ido acentuándose, hasta llegar á la colítis crónica. Trouseau ha dicho, que por lo menos un 50 °/₀ de los llamados dispépticos, son realmente enfermos del intestino; y efectivamente en la sala del doctor Julio Mendez se ha podido comprobarlo, pués solo bastaba el tratamiento por el subnitrato de bismuto y los laxantes, para que desaparecieran los trastornos gástricos.

Es á los reflejos nerviosos que debemos la mayoría de las perturbaciones gástricas, y eso lo comprueban muy bien los enfermos en los cuales se analiza el jugo gástrico, resultando, que todas sus secreciones se hacen normalmente en su cantidad y composición, y sin embargo se quejan de malas digestiones, dolores, acidez, etc.

En cambio en otros verdaderos gástricos, en que el ácido clohoridrico falta ó está en mucho mayor cantidad que lo normal, no sufren de perturbación gástrica alguna.

Muchas veces el cáncer del estómago, cuando es de la pared posterior y deja libre los orificios, apesar de que produce una notable hipeclorhidría puede evolucionar latente durante largo tiempo, hasta que el médico sospecha su existencia por el estado caquético, y sin embargo el enfermo no ha tenido perturbaciones gástricas apreciables. Nadie dejará de aber, que se puede extraer quirúrgicamente el estómago y que su función quedara suplida por el intestino.

Podemos entónces con estos antecedentes, desechar las alteraciones de la secreción gástrica, para probar estas complicaciones y no así dejar de lado, la gran relación comprobada por muchos autores, entre motricidad y sensibidad gástrica é intestinal; es decir por los reflejos nerviosos.

Esto lo prueba Mathieu en la forma de colitis sen-

sitivo-motriz, pues vemos que no existen verdaderos dolores; son sensaciones de peso, de hinchamiento, producidos por la distención gaseosa del estómago, que obedecen á una perturbación motriz.

La anatomía, la fisiología y las experiencias de Izereen, de la clínica de Talma, han probado que por intermedio del neumogástrico y del simpático, ya sea excitando ó deprimiendo su acción, se puede producir la hipomotilidad ó atonía gástrica, el espasmo del píloro del exófago y hasta alteraciones orgánicas de la mucosa gástrica, como la úlcera redonda.

Resumiendo, se deduce, que la colítis crónica puede producir sobre el neumogástrico y el simpático que inervan el estómago, excitaciones é inhibiciones, obrando por reflejo y producir entonces esos padecimientos tan variados que se encuentran en los gástricos.

REFLEJOS DE LA COLITIS SOBRE EL CORAZÓN

El funcionamiento del corazón, puede ser alterado indirectamente por un reflejo, cuyo orígen es la alteracion de la mucosa del colon.

Es sabido que las excitaciones fuertes del neumogástrico, disminuyen y hasta paralizan los latidos del corazón en diastole, pero que si después de haber efectuado la parálisis, se sigue excitando el nervio, los latidos vuelven á producirse, primero muy débiles, pero después toman su frecuencia normal; ahora bien, si en lugar de producirse una excitación fuerte sobre el neumogástrico, se produce una débil, se determina no una disminución de los latidos, sinó al contrario una aceleración; después una faz de disminución progresiva de latidos y por fin, vuelve á tomar la marcha normal; las primeras y estas experiencias son debidas á Wéber y Budge,

Schiff y Moleschott. Si nosotros seccionáramos este nervio, obtendríamos el aumento de los latidos.

Si se produce la sección del simpático no se altera el ritmo cardíaco, pero en cambio se aumenta la excitabilidad del neumogástrico, que en esa condición con una excitación aún muy débil, produce la parálisis del corazón.

Al neumogástrico, se le asigna esencialmente una función fenatriz y al simpático una función aceleradora de los latidos cardíacos.

Entonces es fácil comprender, como por vía refleja, ya sea excitando ó inhibiendo la acción de los nervios pueden determinarse perturbaciones del ritmo y funcionamiento cardíaco. Algunas experiencias han comprobado, que en los casos en que hay sobreexcitación cardíaca, ésta es precedida por fenómenos nerviosos anormales en los órganos abdominales inervados por el simpático.

Goltz ha comprobado que la conmoción del plexo solar y sus ganglios desconciertan el movimiento cardíaco, determinando poco á poco la parálisis en diástole.

Los trabajos de Lasegue, Teissier, Barié, Potain, han demostrado de una manera evidente, la influencia de las enfermedades de los órganos inervados por el simpático abdominal, sobre el funcionamiento del corazón. Potain, además, ha estudiado las per-

turbaciones del funcionamiento del corazón, consecutivas á la colitis crónica. Los fenómemes cardíacos que con más frecuencia pueden observarse en los colicos crónicos, son: las intermitencias, la bradicardia, las palpitaciones, taquicardía, y la pseudo angina de pecho. La bradicardía es un fenómeno frecuente en las colítis, y en unos de los casos cuya historia clínica presento, puede constatarse el pulso que oscila siempre entre 54 á 58 pulsaciones.

Algunos han atribuido las palpitaciones en los colíticos á la distención gaseosa del estómago, que rechazando el diagfragma hacía arriba, hacia ascender el corazón. En cambio Potain rechaza esta teoría y con justa razón, pués compara la gastro-extasia de los colíticos, con los enfermos de ascitis que tienen una cantidad inmensa de líquido en su abdomen y que debe de impedir mucho más el libre funcionamiento del diafragma y sin embargo, en estos enfermos no se tienen esas palpitaciones.

En los colíticos, las palpitaciones aparecen inmediatamente despues de la ingestion de los alimentos, cuando al mismo tiempo y consecutivamente son gástricos; en otros casos á las 4 ó 5 horas después de haber comido.

Potain dice, pue el pasage de la materia fecal al nivel del ángulo izquierdo del colon, es una de las

causas determinantes más frecuentes de las palpitaciones, en los individuos que sufren de lesiones crónicas superficiales del intestino grueso.

Los fenómenos percibidos por los enfermos al nivel de la región precordial desde la sensación de peso, molestias de las palpitaciones, hasta los dolores de la angina de pecho, han sido observados como consecutivos á alteraciones gástricas é intestinales.

La seudoangina de la verdadera angina se distingue por el dolor que en ésta es mucho más intenso y en la seudoangina es precordial, yendo acompañado de dolores en el epigastrio ó en los hipocondrios y al nivel del ángulo cólico.

La colitis crónica, puede producir tambien dificultades respiratorias, como ser la sofocación, opresión, la dispnea, y estos fenómenos pueden repercutir sobre las funciones del corazón derecho.

Chauveau, en sus investigaciones ha demostrado, que las excitaciones hechas al nivel del estómago, del intestino ó de las vías biliares, aumentan considerablemente la tensión de la arteria pulmonar.

Las congestiones pulmonares, también suelen observarse en los colíticos, y estas son producidas por reflejos nervisosos, que parten del intestino ó del estómago.

Marfan, ha constatado, esas congestiones en los niños que padecían de enteritis.

Potain ha observado en los niños, atacados de enterocolitis, accesos de disnea con cianosis, enfriamiento de las extremidades, taquicardia y tendencia al colapso.

Estos hechos se explican fácilmente, pues las excitaciones producidas al nivel de las terminaciones sensitivas del colon, son conducidas por las fibras del simpático, hasta los centros, de allí son reflejadas y conducidas después por las fibras simpáticas que inervan los vasos y capilares del pulmón, produciendo en ellos un espasmo, éste dificulta el pasage, y de ahí que la tensión de la arteria pulmonar sea aumentada.

El Doctor Julio Méndez, en una memorable y clásica descripción hecha en la Sociedad Médica Argentina, en el año 1900, sobre colítis, pone claramente en manifiesto, la naturaleza inflamatoria de la lesión y su patogenia.

La constipación es el síntoma capital de la colítis mucomembranosa y el espasmo cólico, es su causa generadora, desde el momento que constituye un obstáculo mecánico á la progresión del bolo fecal.

La patogenia de este espasmo es muy discutida; por unos considerada la consecuencia de una neurosis intestinal, por otros los más, como el producto de una inflamación superficial de la mucosa.

Potain nos dice, que las perturbaciones reflejas, se producen tanto más intensamente, cuanto más superficiales son las lesiones de la mucosa.

En la colítis crónica, estas lesiones son esencialmente superficiales y traen consigo la hiper-excitación de las terminaciones nerviosas sensitivas, dando lugar á fenómenos reflejos motrices, que se convierten en este caso en una contracción espasmodica de una parte ó de la totalidad del colon.

Estos fenómenos reflejos, pueden dividirse según Mathieu en dos categorías:

Los de largo circuito, cuyo punto de partida lo encontramos en las lesiones del apéndice cecal, de las vías biliares de los anexos del estómago, del útero y de los testículos.

Muchos autores están de acuerdo en declarar,que las nefroptosis por los tirones que sufren los filamentos nerviosos del ileon, sea una causa mecánica en la producción de la colítis, pero estos tirones no podrán repercutir sobre los plexos ganglionares del simpático y provocar su irritación (Mathieu), irritación que engendraría los fenómenos reflejos espasmódicos.

Por otro lado, estos reflejos de largo circuito no son los únicos ni los más comunes, otros existen, que pueden considerarse en ese sentido por su larga trayectoria, que han sidodo estudiados entre nosotros por el Doctor Mendez. Son aquellos, que origi-

nados en la mucosa cólica, repercuten en la esfera de otros órganos en el estómago, dando lugar á fenómenos anormales de motilidad, trayendo como consecuencia espasmos al píloro, al cardias ó al esófago, ó sino perturbaciones en la sensibilidad y secreción.

En los pulmones, cuando se produce en la esfera del simpático, dan orígen á los fenómenos vasculares espasmódicos (seudoasma de Potain) ó fenómenos vasculares de dilatación(congestiones pseudotuberculosas), cuando se hacen en el dominio del neumogástrico, nos encontramos en presencia del asma refleja de Biermer.

En el corazón, los fenómenos reflejos pueden ser directos ó indirectos; en el primer caso, está representado por las taquicardias, bradicardias intermitencias, palpitaciones y seudo-anginas de pecho. Cuando la acción es directa, observamos la distensión del corazón derecho por vaso, constricción pulmonar y aumento de la tención arterial del vaso correspondiente. Los fenómenos reflejos á corto circuito se producen en el punto mismo donde tiene lugar la irritación mucosa.

La mucosa hiperestesiada por la presencia de elementos irritantes, reacciona, segregando mucus y rodeando á la materia fecal de pseudo membranas que á simple vista se ponen de manifiesto y demuestran en el microscopio haber sida la causa de un proceso inflamatorio.

Mathieu y I. Ch Roun en la Gazette des Hopitaux, nos hablan del círculo vicioso que se produce al rededor de estos fenómenos reflejos, y dicen:

La constipación provoca y entretiene la irritación local, al espasmo, al dolor y á la hipersecreción; el espasmo entretiene la constipación y la inflamación; y la irritación local de la mucosa, favorece los reflejos espasmódicos, el dolor y la desminución de la alimentación llevan á la exageración del neurismo general y local, lo que hace que se produzca con más facilidad el espasmo. Las ptosis favorecen la producción de la extasis y por consecuencia del espasmo cólico.

Por otro lado el adelgazamiento que resulta de la falta de alimentación, del dolor y del insomnio provoca una causa en la exageración de las ptosis viscerales; más adelante agregan, que en estas combinaciones múltiples de factores patogénicos, susceptibles de asociarse y repercutir los unos sobre los otros, uno ve el rol considerable que tiene ciertamente la irritabilidad nerviosa de los diversos centros reflejos, plexos ganglionares de las paredes intestinales, ganglios del gran simpático y centros cerebro espinales.

El adelgazamiento de un colítico crónico, es producido por un reflejo partido de la mucosa cólica inflamada y es justamente este, el que produce una serie de trastornos en los fenómenos más íntimos de la nutrición.

Una influencia moral solo basta, para producir por si sola un reflejo en un colon enfermo, aumentando el peristaltismo y tambien excítando los centros cerebro espinales.

CAPITULO III

DIAGNÓSTICO

En el mayor número de los casos, el diagnóstico de la colitis muco-membranosa, no presenta dificultad alguna.

La presencia de muco-membranas en las personas constipadas, llama la atención de tal manera, que el enfermo no deja de examinar continuamente sus materias fecales.

Algunas veces el examen de sus materias las hace el enfermo, porque durante la defecación ha sufrido crisis dolorosas.

La dificultad que existe, es de precisar, en que momento el sujeto se ha hecho un colítico.

No se debe de confundir la colitis muco-membranosa, con la colitis aguda simple, la cual está ca-

racterizada por evacuaciones mucosas líquidas y no por muco-membranas.

Lo mismo debo de decir de las enteritis crónicas de los países cálidos, éstas se caracterizan por la diarrea persistente.

Hay momentos, en los cuales la colitis muco-membranosa toma verdaderas formas disentéricas, basta recordar, que la colitis muco-membranosa sucede á veces á crisis de colitis disenteriforme y que sobrevienen en el caso de una constipación rebelde á la manera de enteritis estivales.

Difícil es distinguir la colitis muco-membranosa simple, de aquella que depende de una lesión orgánica del colon.

En el caso de cáncer del grueso intestino, se constata como en la colitis muco-membranosa mucosidades en las deposiciones; hay dolores y constipación. Pero contrariamente á lo que se observa en la colitis, las mucosidades son líquidas, bastante á menudo sanguinolentas, raramente se ven membranas.

Las crisis de los cólicos dolorosos se encuentran localizadas por encima del obstáculo, lo que constituye una diferencia apreciable, cuando la lesión se halla situada sobre una parte elevada del colon; el colon se halla dilatado por encima, según lo ha señalado Bouveret y por encima del punto retraído se aperciben contracciones peristálticas del grueso intestino.

A veces se puede constatar por la palpación, la existencia de un tumor limitado al nivel de la lesión. Cuando el epitelioma se desarrolla en la parte inferior de la S ilíaca, ó en la parte superior del recto, entonces se le puede percibir al tacto rectal, pero á veces se le puede percibir por la palpación exterior. Existen dolores localizados hacia la fosa ilíaca izquierda y hay deposiciones mucosas á veces sanguinolentas. Si el epitelioma se halla situado más abajo, entonces podrá sentirse por medio del tacto rectal.

Fenómenos muy análogos podrían producirse con una lesión tuberculosa ó sifilítica del grueso intestino, lo mismo que con una estrechez, consecutiva á una disenteria anterior; en estas condiciones lo que predomina son los signos de estrechez del colon. Pero es necesario saber, que los signos de estrechez pueden producirse bajo la influencia de un espasmo limitado del colon, circunstancia que se realiza de tiempo en tiempo en el curso de la colitis muco-membranosa. Se sabe en efecto, que en esta afección hay amenudo una contractura del grueso intestino, que es la que produce la *cuerda cólica*. Esta contractura puede encontrarse limitada á la parte inferior del colon descendente por ejemplo, donde se la constata netamente por la palpación, sea al nivel de la S ilíaca, sea por encima.

El segmento así retraído, se presenta bajo el as-

pecto de un cilindro muy alargado, en ese caso no se tiene una salida limitada ó un anillo indurado, sino un verdadero cilindro. Las deposiciones en esas condiciones son frecuentemente alargadas, estrechas, cilíndricas ó acintadas, como pasadas por un cilindro. Contrariamente á lo que se observa en el curso de una estrechez, cilíndrica del intestino, como lo que puede resultar de una disentería anterior ó de las lesiones tuberculosas; la estrechez puede desaparecer en ciertos momentos y las deposiciones toman su diámetro habitual.

Las crisis dolorosas de la colitis muco-membranosa, pueden ser causa de errores de diagnósticos bastante variados. Cuando se producen en el colon transverso, se las puede tomar por dolores estomacales.

Las evacuaciones muco-membranosas, la situación y la dirección transversal del dolor, su localiaación al nivel del colon retraído ó dilatado, sensible á la palpación, tales son los elementos que permitirán de establecer el diagnóstico.

Las crisis dolorosas localizadas al ciego y al colon ascendente, pueden hacer pensar en crisis apendiculares ó sea en cólicos hepáticos. En las crisis apendiculares el dolor está mucho mejor limitado en la fosa ilíaca derecha, su principio es mucho más brusco, el dolor á la palpación está netamente localizado al punto de Mac Burney y no extendido

á lo largo del ciego, hay vómitos y elevación de temperatura más ó menos marcada.

Las crisis no se limitan á la evacuación de una cantidad más ó menos considerable de muco membranas. La confusión en los cólicos hepáticos ha sido hecha algunas veces, sobre todo en los casos de litiasis intestinal. La noción de la existencia anterior de la colitis muco-membranosa, el sitio exacto del dolor, la ausencia de ictericia y de decoloración de las materias, sirven para establecer el diagnóstico.

Sin embargo, á veces es bastante dificil ó expuesto el pronunciarse de una manera absoluta. No es excepcional que la litiasis biliar acompañe la colitis muco-membranosa, como si una inflamación análoga se hubiera producido al mismo tiempo en el colon y las vías biliares. Las crisis realmente hepáticas pueden alternar con las crisis intestinales y cuando la ictericia falta, se hacen diferenciar con dificultad.

El dolor de cabeza y la jaqueca obsérvanse bastante amenudo en los colíticos, aunque esta sea manifestación diatésica ó discrásica. La jaqueca se relaciona por lo común con la dispepsia, ó mejor dicho con la intoxicación alimenticia. Después de muchas observaciones hechas en centenares de enfermos, se han comprobado, que la jaqueca se acompaña constantemente de dilatación gástrica.

La intoxicación por la carne desempeña en las jaquecas el principal papel y desde los trabajos del Dr. Hoig, sabemos, que el régimen vegetariano cura esas penosas manifestaciones morbosas, añadiendo los enemas y en ocasiones los lavados del estómago, que impiden las putrefacciones gastro-intestinales.

Yo he visto desaparecer varias veces estas cefaleas tóxicas, cuya intensidad y rebeldía hacen llegar á suponer la uremia, por medio de los tratamientos racionales que persiguen las toxinas ya más arriba citados.

CAPITULO IV

COMPLICACIONES

Apendicitis.—Dieulafoy sostiene que la colitis y la apendicitis son dos afecciones independientes, una de la otra. Reclus, y una serie de otros autores pretenden, que la inflamación del colon propagándose al apéndice, es muchas veces una causa de apendicitis. El primero de los autores citados, llega hasta admitir una oposición entre la colitis mucomembranosa limitada al ciego y una crisis de apendicitis, la aparición en las deposiciones de una notable cantidad de muco-membranas, basta para salir de toda duda y eliminar la apendicitis y no tiene en cuenta lo que dicen otros clínicos, de ver

alternar crisis de colitis muco-membranosas con crisis de apendicitis.

Indudablemente, la mayor parte de los enfermos atacados de colitis muco-membranosa, no tienen apendicitis, esto lo han podido observar Potain, Bottentuit, Plombières y otros.

Algunos cirujanos, entre los cuales pueden citarse, Reches, Brun Jalagier y Walter, han hecho intervenciones por apendicitis sobrevenidas en el curso de la colitis muco-membranosa, y han podido constatar lesiones no dudosas y bien caracterizadas de apendicitis.

Vorbe ha reunido en su tesis, 27 casos de apendicitis consecutivas á la colitis muco-membranosa. Algunas veces, la colitis sana después de la intervención quirúrgica, pero esta sanación no es constante, la colitis puede persistir, lo cual demuestra muy bien, que la apendicitis no es la causa de los accidentes colíticos. En cambio, otras veces ha habido una mejoría notable, después de la intervención y de la desaparición de la apendicitis. Se comprende muy bien que la constipación puede ser entretenida por las lesiones del apéndice y hacerse así una causa de persistencia de la producción de las muco-membranas y de fenómenos dolorosos.

Obstrucción intestinal.—Fenómenos de verdadera obstrucción intestinal, han sido observados en al-

gunos enfermos atacados de colitis muco-membranosas por Baraduc y Vouzelle

Mathieu describe el caso de una mujer atacada de colitis muco-membranosa, que tuvo un absceso debido á una salpingitis; este absceso fué abierto por una incisión por encima del ligamento clusal. Bajo la influencia de ésta poussée inflamatoria y de la estadía en cama, la constipación se hizo más marcada que de costumbre. Se le hicieron lavajes del intestino á la presión de 1.50 metro de altura, sin poder obtenerse deposición alguna y pronto aparecieron vómitos. Esta primera poussée de oclusión intestinal, cedió sin embargo algunos días más tarde.

Unos 8 días después, aparecieron nuevos fenómenos de oclusión y para combatirlos, se hicieron nuevamente lavages intestinales y estomacales. Las deposiciones cesaron, no se despedían gases por el ano, el abdomen estaba distendido en su parte media; la intolerancia gástrica se hizo por completo, es decir los líquidos ingeridos eran expulsados inmediatamente, los vómitos biliosos no tardaron en aparecer, en una palabra, el estado general de la enferma era desesperante. El pulso era pequeño, rápido y las urinas estaban suprimidas. A la palpación del abdomen, podía sentirse el colon, contraido en toda su extensión y formando una cuerda, era pues evidente, que existía un es-

pasmo general del grueso intestino y este espasmo parecía ser la causa de los fenómenos de obstrucción.

Se hicieron lavages á una presión más fuerte que anteriormente, y se hacían aplicaciones calientes sobre el vientre, al mismo tiempo que se le ponían algunos supositorios á belladona. A las 24 horas los vómitos desaparecieron y se obtuvieron algunas deposiciones. De todo esto se deduce, que la contracción espasmódica del colon, puede llegar hasta producir fenómenos de oclusión intestinal.

Hemorragia intestinal.—Potain, Malibran, vieron en algunos enfermos de colítis muco-membranosa producirse hemorragias intestinales. En una joven la hemorragia fué tan considerable, que puso en peligro su vida. En otro caso se trataba de un anciano de 68 años de edad y que padecía de colitis muco-membranosa desde muchos años atrás.

En este caso podría, por la edad pensarse en una lesión epiteliomatosa, pero pasaron 4 años, sin que pudiera constatarse dicha lesión maligna.

Por último citaré el caso observado también por uno de estos autores. Se trataba de una mujer atacada de colitis muco-membranosa con poussées febriles y paroxismos prolongados y dolorosos. Tuvo dos hemorragias intestinales, que coincidieron con ataques de colitis muco-membranosas en los cuales se producían grandes desprendimientos

de filamentos de mucus y estos se sucedieron á fuertes emociones que había sufrido dicha mujer. La expulsión de la sangre, las dos veces se había producido durante la misma noche de su ataque de colitis y su emoción.

CAPITULO V

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO

La colitis muco-membranosa, es una enfermedad esencialmente crónica.

El principio de esta enfermedad se inicia por crisis sucesivas. Una de esas crisis puede ser completamente aislada y quedar como única en la vida del enfermo. Las formas graves, están al contrario caracterizadas por la repetición indefinida de poussées paroxísticas, que tienden á unirse unas con las otras.

La colitis muco-membranosa puede curar completamente y relativamente fácil, cuando se hace desaparecer la constipación.

Puede de lo contrario durar toda la vida, desapareciendo con intervalos mas ó menos largos ó simplemente con remisiones. Existen, pues, bajo el

punto de vista de su evolución y de su duración, diferencias notables. El pronóstico no es grave en lo que concierne respecto á la vida, sino por la tendencia muy grande de la enfermedad á las recidivas. En los neurópatas y sobre todo los nerviosos que sufren de ptoris viscerales del abdomen, la enfermedad puede adquirir una verdadera gravedad por su duración indefinida, por los dolores que causa y por el estado de desesperación en que pone á los enfermos.

Sabemos lo que sufren esas pobres mujeres con sus ptosis viscerales, origen de los grandes dolores abdominales y que están obligadas durante toda su vida á recostarse sobre la cama ó á buscar su alivio sobre los sillones.

TRATAMIENTO

Nosotros sabemos que en la colitis muco-membranosa hay tres elementos sintomáticos preponderantes. La constipación, la evacuación de mucomembranas y el dolor. También sabemos que el nervosismo desempeña un rol importante en la génesis y agravamiento de la enfermedad. El estudio histológico y químico de las membranas, nos ha mostrado que se trata de una hipersecreción de mucus con descamación exagerada del epitelio que reviste el colon y que además, esas membranas encierran una cantidad enorme de microbios.

De estas nociones se desprenden inmediatamente ciertas grandes indicaciones terapéuticas que se pueden considerar como fundamentales:

1.° Combatir la constipación;

2.° Hacer la antisepsia del grueso intestino;

3.° Combatir la inflamación mucógena de la mucosa cólica;

4.° Combatir los fenómenos dolorosos;

y 5.° Disminuir el nervosismo general.

La constipación.—El colon tiene una tendencia muy marcada á inflamarse; esta inflamación toma una forma catarral y mucinógena, así mismo también, es muy marcada la tendencia á la hiperestesia y á la contractura. Es pues necesario desde un principio, evitar por todos los medios posibles el aumento de esta irritación.

Boas y von Noorden decían, ante todo es necesario hacer desaparecer la constipación por medio de un régimen alimenticio conveniente. Estos autores dicen, haber obtenido muy buenos resultados por medio de la alimentación vegetal, rica en residuos rebeldes á la digestión y de una gran cantidad de grasa, bajo la forma de manteca.

Mathieu dice que la constipación debe de ser combatida por medios higiénicos y en particular por un régimen alimenticio conveniente, en el cual las frutas y las legumbres tienen su indicación precisa. Hay que hacer constar que una alimentación vegetal fuerte y muy variada, no es tolerada igualmente por todos los enfermos; muchos entre ellos, no soportan más que legumbres y frutas cocidas, reducidas á purés.

Las legumbres verdes y las frutas crudas determinan cólicos y crisis dolorosas intensas. También es necesario tener en cuenta el estado del estómago y de su tolerancia.

La prueba la dan ciertos enfermos que no toleran el pan de Graham ó el pan llamado natural. En ocasiones, medios muy simples dan en ciertos casos de una intensidad mediana, ó al final de un período de crisis, resultados inesperados. Mathieu ha observado recientemente en un enfermo, que tomaba cuotidianamente un vaso de agua fría por la mañana y en ayunas, su colitis muco-membranosa sanarse, por lo menos momentáneamente. En estas condiciones podrán efectuarse con éxito, las aplicaciones frías y el masaje del abdomen. El masage no debe de hacerse, cuando existe una hiperestesia marcada del intestino y además exista un grado acentuado de contractura.

En otros casos hay que echar mano á los purgantes y á los lavages. El laxativo más indicado parece ser el aceite de ricino, del cual se da una cucharada de las de café por la mañana en ayunas algunos minutos antes de desayunar.

Pueden alternarse los lavages y el empleo del aceite de ricino un día con otro. También encuentran su indicación, el polvo de cáscara sagrada, el polvo de regaliz compuesto y una mezcla de partes iguales de crémor tártaro, magnesia y azufre precipitado.

La belladona es á veces muy útil, pues ella combate la contractura del colon y calma su hiperestesia.

Los grandes lavages del colon, parecen ser muy útiles en el tratamiento de la colitis muco-membranosa. Según la tolerancia del enfermo, se emplearán 1 á 2 litros de agua hervida y adicionada algunas veces de una pequeña cantidad de una substancia antiséptica ó modificadora de la mucosa.

Los grandes lavages actúan como evacuadores; tomados á débil presión penetran más en el intestino sin excitar su contractilidad de una manera exagerada; es decir, producen un verdadero lavage de la mucosa, sobre la cual ellos ejercen una acción calmante por su temperatura, que debe de oscilar entre 38° y 42°.

Se puede afirmar, ciertamente, que el lavage es el mejor medio de favorecer la expulsión de los microbios y de las sustancias tóxicas; es una de las mejores maniobras antisépticas que pueden verificarse para el colon.

Cuando hay contractura del intestino bajo forma de cuerda, la inyección de agua caliente á débil presión hecha lentamente contribuye á distender el intestino y á hacer cesar el espasmo. No sucede lo mismo, cuando la inyección es hecha muy ligero y á una presión muy elevada, son éstas las que producen un espasmo del colon, que puede genera-

lizarse y hasta llegar á producir en casos extremos, accidentes de obstrucción.

En la constipación espasmódica es precisamente la indicación dada por Fleiner, de los grandes lavages de aceite.

También puede darse por la noche un pequeño lavage de aceite, que sea retenido toda la noche y por la mañana otro lavage del colon, de un litro de agua hervida.

Antisepsia del grueso intestino.—Ya hemos hablado de los grandes lavages, á éstos se les puede agregar 6 á 10 gramos de biborato de sodio ó bien 2 á 4 gramos de salicilato de sodio por litro.

El agua boricada, saturada y el agua naftolada, no deben de usarse, porque son grandes irritantes.

En los casos de falsas diarreas, está aconsejado el uso repetido de los purgantes salinos, ó también de verdaderas curas con un agua laxativa.

Combatir la inflamación muconógena.—La mejor manera de combatirla es suprimiendo su causa principal, la constipación y la estadía de las materias fecales, del mucus, de las membranas y de los innumerables microbios que encierran.

Se suprimirá de la alimentación, todo lo que pueda ser irritante para la mucosa.

Se buscará de producir sobre la mucosa una acción directamente curativa, llevando á su contacto

substancias modificadoras. Ya he indicado más adelante, la acción del biborato de sodio y del salicilato de sodio; tambien se empleará el cloruro de sodio de 5 á 7 por 1.000; el agua de Carlsbad, el ictiol, el nitrato de plata, el tanino, el subnitrato de bismuto, etc.

El ictiol ha sido empleado por Bourget, de Lausanne y por Blondel, con buen resultado. El nitrato de plata puede ser útil de una manera pasagera, cuando existen fenómenos disenteriformes; se pueden emplear soluciones de 0.20 á 0.30 por 1.000.

Combatir los fenómenos dolorosos.—Los grandes lavages calientes, muchas veces suprimen los dolores, sin embargo, algunas veces no son tolerados por personas nerviosas, cuyo intestino está contracturado é hiperestesiado.

Muchas veces es necesario, actuar directamente sobre el elemento dolor. Las aplicaciones calientes y los grandes baños, son muy útiles en ese sentido.

Algunas veces no bastan y entonces es necesario, recurrir á la belladona, á la codeína y en casos muy rebeldes á la morfina.

Las preparaciones belladonadas, no solamente calman el dolor, sino que también hacen las veces de laxativas.

Disminuir el nervosismo.—Las formas graves de colitis muco-membranosa, se encuentran sobre todo en los nerviosos.

La hidroterapia caliente, los grandes baños repetidos, las duchas calientes y algunas veces la hidroterapia fría son muy útiles.

Como medicación se puede uno servir de preferencia del valerianato de amoníaco.

LOS ENEMAS DE TANINO Y EL SUBNITRATO DE BISMUTO EN ALTA DOSIS

El doctor Julio Mendez, en su sala del Hospital San Roque, ha tratado muchísimas colitis bajo el método siguiente: enemas de tanino en grandes cantidades de líquido y con grandes dosis de medicamentos, logrando siempre modificaciones acentuadas en la marcha y tendiendo con ellas, no ya á modificar el contacto, sino á mejorar la causa misma de la anormalidad del reflejo, es decir, á curar la mucosa.

Pero como lo dice el doctor Mendez, la lesión de la colitis suele extenderse hasta el colon transverso, y aún hasta el ascendente, donde el medicamento administrado por el enema no llega y así solo se modifica, una parte de la mucosa.

El resultado es muy bueno, siempre que las lesiones son circunscriptas.

El subnitrato de bismuto es el medicamento

ideal hasta la fecha, en el tratamiento de la colitis

Es una midación desde hace muchos años conocida. El modo de actuar de este, es como modificador del contacto del bolo con la mucosa y al mismo tiempo, como tópico curativo contra la inflamación de la última.

En el Hospital San Roque el tratamiento por el subnitrato de bismuto á altas dosis, ha dado resultados sorprendentes.

A los adultos se le suministra de 50 á 80 gramos diarios y de 10 á 20 gramos para los niños.

Se dá con agua para facilitar su ingestión, dividiendo las tomas en 4 ó 5 veces en el día, recomendándolo después de cada ingestión de alimento.

Al bolo fecal le da un aspecto liso, lo hace blando al mismo tíempo. que lo desadoriza, además obra como laxante suave.

TRATAMIENTO POR EL AGAR—AGAR Y LOS ENEMAS DEL MISMO CON ACEITE

El agar-agar, buen aislador de la mucosa, evita con su substancia mucilaginosa que desprende á lo largo del trayecto intestinal, nuevas y continuas irritaciones, de este modo se aminora la intensidad del espasmo, que es el obstáculo mecánico á la progresión del bolo fecal. El modo de administrarlo es por pequeñas dosis, mezclándolo con zumo de naranja ó de limón.

Las deposiciones por medio de este tratamiento, se hacen regulares, pastosas y abundantes; las materias fecales, son menos fétidas; los dolores abdominales desaparecen poco á poco y las mucosidades lo mismo se ven disminuir paulatinamente.

El profesor Smidt lo había empleado hace ya algún tiempo, con el objeto de aumentar el volumen del bolo fecal y de retener el agua consigo, pues el decía que la constipación, era debida á la

atonia intestinal, originada por el poco volumen de la materia fecal y por la disecación sufrida por el bolo durante su progresión.

Los enemas de aceite ayudan poderosamente á combatir el entero espasmo, desprendiendo las adherencias entre la mucosa y el bolo fecal, al mismo tiempo que disminuiría la absorción de las sustancias tóxicas, según Combe.

Basta para dar el enema un irrigador común con su tubo de caucho y su respectiva cánula rectal. Se emplea el aceite de oliva y se introducen lentamente unos 80 á 100 c. c. La colocación del enfermo debe ser en la posición decúbito lateral derecho, levantándose ligeramente las caderas por medio de una almohada; es de esta manera que se favorece por la gravedad, la llegada del aceite á las partes más profundas del colon.

Es preferible practicar estos enemas de noche, aconsejándole al enfermo, que los retenga hasta el día siguiente, en el cual se practica un enema de agar de 250 gramos con agua tibia.

COLITIS CRONICA

SU TRATAMIENTO POR LA ILEOSIGMOIDOSTOMIA

Ricardo S. Gómez, Argentina Médica, 1906.

Pocas son las intervenciones quirúrgicas practicadas hasta hoy día, por colitis crónica, sin embargo, de ellas pueden sacarse deducciones concluyentes, como lo comprueban las operaciones efectuadas por Labey, Hartmann, Lauce, Drucbert, y Terrier-Gosset.

Puede decirse que casi todas las observaciones publicadas se refieren á enfermos que padecían de colitis crónica desde varios años, especialmente mujeres que parecen ser las más predispuestas para esta enfermedad.

Las observaciones de Nanotti, de Giordano y de Pauchet aparecidas últimamente, que se refieren casi todas ellas, á mujeres atacadas de colitis muco-membranosa.

Casi todos los cirujanos están de acuerdo, en que es necesario operar las colitis ulcerosas, á causa de las complicaciones que amenazan al enfermo.

Las opiniones están divididas, respecto de la intervención de las colitis muco-membranosas graves. Si bien es cierto, que hay muchos cirujanos partidarios de la no intervención, hay otros ardientes defensores, y la aconsejan en aquellos casos, que se acompañan de desnutrición, de grandes dolores que simulan la oclusión, la apendicitis y la colecistitis.

También la aconsejan á aquellos enfermos, que después de haber fracasado todos los tratamientos médicos instituídos, en cuales no queda nada por hacer y en aquellos, que debido á su posición pecuniaria no pueden realizar una cura severa ó un tratamiento hidromineral.

En tesis general, los partidarios de la intervención la recomiendan en los casos de colitis muco-membranosas graves, rebeldes y tenaces. Fundan su intervención, en que es necesario poner el intestino grueso en reposo, suprimiendo el ciego, el colon ascendente; el colon transverso, bajo el punto de vista funcional, siendo la constipación causada por el espesamiento de sus paredes.

Los casos de colitis crónica, susceptibles de ser operados, serán tratados por la ileosigmoidostomía,

anastomosis de la última aura del íleon con el colon pelviano.

Esta operación ha sido efectuada en Buenos Aires por el Dr. J. Arce.

Conclusión.—La ileosigmoidostomía está indicada en aquellos enfermos muy constipados, en los cuales la constipación alterna con la diarrea; en los enfermos que expulsan en abundancia mucomembrana, presentando una alteración del estado general, una desnutrición progresiva y en aquellos que tienen crisis pasageras violentas, simulando la oclusión y la apendicitis.

En todas aquellos enfermos, en los cuales han fracasado los tratamientos médicos instituidos.

TRATAMIENTO DE LA COLITIS POR EL MASAGE

El masage por su acción fisiológica y según lo han demostrado las experiencias, tiene indicaciones terapéuticas en la constipación, tosis, atonía intestinal, diarrea, debilidad de la pared abdominal, gastroetacia, catarro intestinal, etc.

La constipación síntoma esencial de todas las colitis muco-membranosas y cuyo origen nervioso ha sido explicado más adelante, encuentra en el masage un gran recurso y es, teniendo en cuenta la causa de la constipación, que daré en general la técnica masoterápica de la constipación.

El enfermo es colocado en decúbito dorsal, en un lecho más bién alto y estrecho, para que se pueda manipular de los dos lados. El tórax y la pelvis formando dos planos inclinados, convergiendo á nivel de la columna lumbar, las piernas flejadas sobre los muslos, ligeramente apartados. La resolu-

ción muscular debe de ser completa. La respiración amplia, profunda y calmada.

Se debe de practicar el masage de los diferentes segmentos del intestino, unos después de otros y en el sentido de las materias intestinales, empezando por los segmentos inferiores, de manera á favorecer la evacuación metódica.

Se empezará por la fosa ilíaca, izquierda, según algunos autores, como Frumerie, Salinat, y el flanco del mismo lado, de arriba abajo, región de la S iliaca y del colon descendente; después la región umbilical, de derecha á izquierda, región del colon transverso; en fin el flanco, y la fosa ilíaca del mismo lado, ciego y colon ascendente y por último, todo el paquete intestinal.

Hay otros autores que creen, que conviene más, comenzar por la fosa ilíaca derecha y seguir la dirección del colon, ayudando así la progresión fácil de las materias fecales. Siempre que sea en la dirección del curso normal de las materias fecales, favoreciendo con manipulaciones apropiadas su progresión en el colon; cualquiera de los métodos indicados es bueno á mi juicio. Pueden emplearse también, las fricciones superficiales y las profundas y es por medio de estas últimas, que puede uno darse cuenta exacta del estado de repleción, distención gaseosa, tonical de la contractura parcial y de las atonias intestinales.

El espasmo se encuentra á menudo en la región ilio secal, fácil á explorar y á nivel de los ángulos cólicos.

Todas estas manipulaciones deben de hacerce de manera, de no producir ni dolor, ni molestias al paciente.

Las vibracione con oscilaciones cortas, rápidas y horizontales que pueden hacerse con la mano, ó por medio de aparatos eléctricos, dan muy buen resultado en la constipación. Para practicarla con las manos, deben hacerse con el talón, ó la cara palmar extendida, ó con el puño cerrado; también pueden efectuarse con la punta de los dedos. Cuanno la constipación es por enteroespasmo, esta maniobra de masage produce una sedación rápida del dolor, al mísmo tiempo que combate la contractura eficazmente.

Las vibraciones mecánicas responden á las mismas reglas que las vibraciones normales. Con el vibrador se debe de operar dulcemente; á veces es útil poner la mano entre el aparato y la región, pudiéndose de esta manera dar cuenta del efecto producido y de la fuerza á emplearse, para llegar á los órganos profundos. Todos estos aparatos están además unidos á accesorios, permitiendo modificar en sus dimensiones y su forma, la superficie vibrante, puesta en contacto con el enfermo; pudiéndose limitar á un punto único ó á una superficie de varios centímetros cuadrados su acción.

TRATAMIENTO DE LOS COLITICOS CON GASTROECTASIA

En los casos en los cuales se trata de colíticos con gastroectasia, que sufren de grandes trastornos gástricos, que dan lugar á la jaqueca, es decir en los que como he podido observarlo, la digestión se hace con suma dificultad, permaneciendo los alimentos en el estómago 4 y 5 horas sin digerirse, después de prescribirse el régimen alimenticio, debe de remediarse la insuficiencia gástrica con gránulos de pepsina, papaina pancreatina, maltina, boldina, etc. y si existen fatulencias rebeldes, el carbón vegetal y la cuasina, la helenina y la estricnina con algunas gotas de ácido clorhídrico después de comer, están indicados.

LA LACTOBACILINA

Antes de terminar con el tratamiento de la colitis, diré algunas palabras de la acción benéfica de la lactobacilina del doctor Metchnikoff en esta afección.

En varios casos he podido observar que la constipación cedía por la ingestión de la lactobacilina.

Según este sabio profesor, la lactobacilina es un fermento que posee la propiedad de impedir las putrefacciones intestinales. Compuesta de fermentos lácticos diversos, en proporción determinada y de conformidad con la selección más rigurosa, los microbios que la constituyen, son absolutamente inocuos, tal como lo ha consignado y demostrado. La ingestión de la lactobacilina da origen, una vez en el intestino, á la producción de ácido láctico naciente, el cual ejerce una acción tópica favorable contra las afecciones locales del intestino, una acción antiséptica, merced á la cual quedan destrui-

das las putrefacciones intestinales y una acción refleja, por cuanto la acidez del contenido intestinal se hace entonces susceptible de modificar las secreciones.

Para asegurar con éxito la siembra de la mucosa intestinal, la lactobacilina debe de tomarse en dosis pequeñas, unos treinta centígramos por día, repartidos, después de las comidas.

CAPÍTULO VI

HISTORIAS CLÍNICAS

Observación I

A. Z., argentino, de 32 años de edad, casado. Mecánico.

Tiene tres hijos sanos y bien desarrollados.

Antecedentes hereditarios.—El padre murió de cáncer del estómago, á la edad de 55 años.

Madre viva, fué operada de una pelviperitonitis en el Hospital Rivadavia.

Dos hermanos del enfermo murieron en la primera infancia por infecciosas.

Tiene una hermana de 23 años que padece de amenorrea.

Antecedentes personales.—Desde la primer infancia ha tenido trastornos gástricos.

Enfermedad actual.—Su enfermedad actual data

desde muchos años, según lo manifiesta el enfermo. Dice que sus digestiones se han hecho dificultosamente y con lentitud. Su vientre siempre se ha movido con irregularidad, á veces lo movía dos ó tres veces por día, en cambio otras, pasaba dos y tres días sin hacer deposición alguna y entonces se sentía con el vientre pesado y como hinchado. Con un enema de agua hervída y enfriada, mejoraba su situación, bajo la acción de éste, efectuaba varias deposiciones muy duras al principio y luego pastosas. En las primeras deposiciones observaba él, largos filamentos, algunos pegados al bolo fecal y otros libres, de color algo amarillo y simulando fideos cocidos. Como sintiera después de defecar grandes dolores y como si tuviera más deseos de hacer algunas deposiciones, permanecía largo tiempo sentado en el servicio, en la posición que más le calmara los dolores (es decir encogido y contrayendo su vientre).

Esos dolores continuaban durante una ó dos horas, de modo que no podía ni abrocharse los pantalones, pues al ajustarse el vientre le ocasionaba mucha molestia.

El apetito se le fué disminuyendo poco á poco, al extremo que en un año bajó más de 12 kilógramos. En vista que su estado se agravaba siempre más, resolvió consultar á un facultativo; éste le ordenó un régimen alimenticio, suprimiendole las

carnes y las grasas en la comida, el alcohol y los picantes, prescribiéndole al mismo tiempo una fórmula con subnitrato de bismuto, creta y magnesia calcinada. Este tratamiento lo mejoró por algún tiempo, hasta que volvió á repetirse su enfermedad con la misma intensidad que anteriormente.

Es entonces que se le pone bajo otro tratamiento.

Todas las noches se le da un enema con aceite de oliva, unos 80 gramos más ó menos y se le ordena que lo retenga hasta el día siguiente en el cual se le dá otro enema con agar-agar que previamente ha sido preparado; de esta solución mucilaginosa se le suministran una 250 gramos por vez.

Se le prescribe subnitrato de bismuto á altas dosis.

Hoy día el enfermo se siente bastante bien, sus deposiciones se han hecho normales y sus filamentos muco-membranosas han desaparecido casi por completo.

Observación II

A. R., argentino, 30 años de edad, soltero. Corrientes 3202.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—En la infancia, sarampión, coqueluche y varicela.

Enfermedad actual.—Su enfermedad actual data de algunos años atrás. Empezó según el enfermo por trastornos gástricos, es decir después de las comidas le aparecieron erutos fuertes y continuos, los cuales al principio no le molestaban, pero que al cabo de una hora se hacían ácidos. Conjuntamente con estos trastornos, algún tiempo después le aparecieron, fuertes dolores de estómago, los que calmaba con la ingestión de bicarbonato de sodio. Hacía tan malas digestiones que desués de 4 ó 5 horas de haber comido, erutaba la comida con mal gusto.

Se puso á régimen alimenticio, suprimiendo las grasas, los picantes y las bebidas alcohólicas. Esto mejoró un tanto su situación; poco tiempo después sintióse con dolores en el vientre.

A estos dolores de vientre sucedían deposiciones

diarréicas, éstas continuaban dos ó tres días. Para privarse de los dolores, tomaba algunas gotas de láudano.

La ingestión del láudano le calmaba los dolores pero lo constipaba, pasaba 2 ó 3 días sin que efectuara deposición alguna. Entonces volvía á sentirse molesto, con el vientre hinchado y con dolores de cabeza. Acudía con éxito á los enemas de agua hervida y enfriada dándose un lavage de un litro. Así efectuaba dos ó tres deposiciones, duras al principio y después pastosas, su vientre se deshinchaba con lo que sentía un bien estar. Así pasó algún tiempo hasta que resolvió ponerse en tratamiento médico.

Es entonces cuando se le trata el trastorno gástrico por medio de unos sellos de pancreatina, pepsina y malsina; poco tiempo después toma tintura de nuez vómica.

Sus digestiones mejoraran mucho, los erutos ácidos desaparecieron, y las deposiciones se hacían más regulares es decir sin esas alternativas de diarrea y constipación. Sin embargo siempre podían verse filamentos muco-membranosos. Se le hace una medicación de subnitrato de bismuto á alta dosis combinado con creta y magnesia.

Se le prescriben así mismo grandes enemas con tanino.

Hoy día el estado es muy satisfactorio.

Observación III

R. A., argentino, edad 22 años, casado. H. San Roque.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—A los 5 años, sarampion y 16 años, fiebre tifoidea.

Hace ocho años que se sintió por primera vez enfermo del estómago. Esta enfermedad le duró como un mes y medio. Sentía dolores, dos á tres horas después de las comidas y erutos; ardores que le duraban una á dos horas, salivación espesa, y ligeras náuseas. Su lengua era limpia y tenía buen apetito. Sequedad persistente de vientre.

Después de este trastorno quedó bien hasta dos años más tarde, época en la cual le vuelven nuevamente los mismos síntomas; durante unos veinte días, desaparecieron por un mes, y volvieron nuevamente por espacio de dos meses.

Desde este último ataqne viene sufriendo los síntomas arriba indicados, con alternativas más ó menos cortas. A los síntomas estos, se agregan vómitos, que le aparecen más ó menos á las cuatro ho-

ras, después de haber comido. Los vómitos contienen partículas alimenticias y son muy ácidos.

Ardores, que los calma con la ingestión de alimentos, ó con un poco de bicarbonato de soda,

Tiene buen apetito y muchas veces se priva de comer por temor á los dolores.

La carne la digiere muy mal.

Hace próximamente un año que ha adelgazado mucho, Al examen nótase el estómago distendido. Se le somete al tratamiento por el subnitrato de bismuto, enemas de aceite y agar-agar, y pronto se hacen notar los efectos de la medicación.

No siente dolores, no tiene vómitos, come con buen apetito y ha aumentado cuatro kilos de peso.

Observación IV

L. C., 35 años, argentino, casado (Lavalle 18, San Fernando).

Antecedentes hereditarios.—Padres sanos — tres hermanos sanos.

Antecedentes personales.—En la infancia tuvo coqueluche, sarampion y escarlatina.

Su enfermedad comenzó hace unos cinco años con grandes diarreas, sumamente dolorosas.

El láudano (hasta 300 gotas por día) sólo le calmaba los dolores.

Una vez pasadas las diarreas, empieza á sentir un malestar y que se hace más penoso después de haber comido. Sus defecaciones empiezan a hacerse irregulares y salen con membranas delgadas.

El apetito siempre lo ha conservado bastante bien. hasta hace poco tiempo. Los erutos ácidos que le sobrevienen después de las comidas lo molestan mucho. Se ha puesto más delgado y siente que sus fuerzas van disminuyendo.

Se le prohibe absolutamente las bebidas alco-

hólicas, de las cuales ha abusado mucho hasta la fecha.

Se le pone á un régimen alimenticio determinado y se le trata por medio de los comprimidos de lacto-bacilina de Metchnikoff de los cuales debe tomar seis por día.

Hoy se encuentra muy mejorado, sobre todo sus deposiciones, se han hecho mucho más regulares y las membranas van desapareciendo.

Observación V

R. R., española: Edad 21 años, soltera, mucama.

Antecedentes hereditarios. Padre, muerte de enajenación mental. Madre, muerta de tuberculosis. Dos hermanos sanos.

Antecedentes personales.—Siempre ha sido sana; solo la sequedad de vientre la molestaba algo, pero no sufría dolores. Hace próximamente seis meses, que empezó á sentirse mal del estómago y del vientre, según ella, lo atribuye á unas mazas muy gracientas que comiera.

La lengua era húmeda ancha y saburral. Después de comer sentía una sensación de peso en el estómago y luego un pequeño dolor, que le duraba proximamente una hora. Algunos días tenía diarreas fuertes, sin que ella pudiera justificar la causa de ellas, pués se alimentaba muy poco, no comía carne ni bebía alcohol, solo puede decirse que tomaba leche y unas sopas muy livianas con pan· Después de la diarrea, que le duraba algunos días, quedaba constipada y al hacer después alguna deposición veía unos filamentos amarillentos.

Se la somete á un régimen alimenticio, prescribiéndole la lacto-bacilina de Metchnikoff, con buen resultado.

Hoy día se siente muy mejorada.

Observación VI

C. P., argentina. Edad 30 años. Casada.

Antecedentes personales. A los 12 años fiebre tifóidea. Después de esta enfermedad ha sido siempre sana, hasta la edad de 26 años, fecha en la cual fue atacada de una grippe de forma gastro intestinal, que la postró en cama mucho tiempo. La temperatura se elevó hasta 39.º9 grados. La convalecencia se hizo muy lentamente.

Su aparato digestivo en extremo delicado, casi no toleraba alimento alguno. Frecuentemente tenía vómitos muy ácidos, pues según manifestaba ella, éstos le afilaban los dientes á tal extremo que cualquier bebida le causaba fuertes dolores dentarios.

Sus intestinos estaban muy irritados y con gran cantidad de gases.

Sin causa, para ella justificada, cada dos ó tres días le aparecían diarreas muy dolorosa.

Movía su vientre de 7 á 10 veces diarias.

La lengua era saburral, ancha y húmeda.

El aliento siempre fétido.

Al despertar de mañana sentía mucha sed.

Se le hizo una medicación intestinal antiséptica, con resultado satisfactorio.

Seis meses más tarde se presenta la enferma, y manifiesta que desde su influencia, hasta la fecha ha sentido pequeños dolores abdominales y que estos siempre se vienen acentuando. Además dice observar en sus deposiciones, constantemente filamentos y membranitas.

Su vientre dice moverlo irregularmente.

Se la somete al tratamiento por el subnitrato de bismuto (30 gramos diarios, repartidos en papeles á tomarlos en el agua), al mismo tiempo que se le prescriben enemas de agua hervida con tanino.

La enferma mejoró mucho de su dolencia.

Observación VII

J. M. 37 años, argentino, jornalero, soltero.

Antecedentes hereditarios. Buenos.

Antecedentes personales. Siempre ha sido sano.

Su enfermedad actual empezó hace proximamente un año, con fuertes dolores de vientre y diarrea.

Esta diarrea le duró pocos días y fué seguida de una constipación, que cada vez se ha ido acentuando más. Su vientre era perezoso, pues lo movía cada 4 ó 5 días.

Con sus deposiciones expulsa mucosidades.

A veces pasaba 15 ó 20 días, en que no sentía dolores abdominales.

El apetito le ha ido desapareciendo poco á poco y se ha puesto mucho más delgado.

Lengua. Su lengua es ancha y saburral.

Se le pone en tratamiento con la lactobacilina y hoy se siente bastante mejor.

Arturo Reinecke.

Buenos Aires, Marzo 31 de 1909

Nómbrase al señor Consejero Dr. Juan A. Boeri, al profesor titular Dr. Ignacio Allende, y al profesor suplente Dr. David Speroni, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. CANTON
R. S. Gómez
Secretario

Buenos Aires, Abril 21 de 1909

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 1974 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. CANTON
R. S. Gómez
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Acción del opio en la colitis.

II

La clinoterapia es un gran recurso en el tratamiento de la colitis. ¿Cómo se explican sus ventajas?

III

Régimen alimenticio en la colitis crónica.

BIBLIOGRAFIA

Julio Méndez.—Tratamiento de la colitis muco-membranosa por el subnitrato de bismuto á alta dosis. Revista de la Sociedad Médica Argentina, volúmen VIII N.° 43, año 1900.

Ricardo Colon.—Los colíticos, estudio clínico. Argentina médica año 1905.

Charcot Bouchart.—Tomo IV. Enfermedades del estómago é intestino.

Mathieu.—Enfermedades del estómago é intestino, año 1901.

Ricardo Gómez.—Colitis crónica, su tratamiento por la ileo-sigmoidostomía. Argentina Médica, año 1906.

Luis E. Viacaba.—Sintomatología de la colitis, año 1898.

L. Baumel.—Maladies de l'appareil digestif. Montpellier.

Chaput.—Technique et indications des operations sur l'intestin etc. 1896.

F. Damaschino.—Maladies des voies digestives. Paris 1880.

Ewald C. A.—Clínica della malattie della digestione 1885.

Robin A.—Les maladies de la nutrition, 1900.

See G.—Des dyspepsias gastro-intestinales, 1881.

Bouchard Ch.—Leçons sur les auto-intoxications.

Collet. F. I.—Précis de pathologie interne. Appareil digestif annexes.

Markel Adolphe.—Contribution á l'etude de l'entero colite mucomembraneuse et de son traitement.